

《論説》

英国における死をめぐる自己決定について

五十子 敬子

1997年12月、英国大法官省は、「誰が決めるのか？ —精神的無能力者の代理意思決定—⁽¹⁾（Who decides? : Making decision on behalf of Mentally Incapacitated Adults）」という諮問書（Consultation Paper）を公表して、精神的無能力者の代理意思決定についての意見公募を行った。これまでにを行った数回の意見公募によって、安楽死、および尊厳死をはじめ、末期医療に関する諸問題の方向性については徐々に固まって来ていたのである。

安楽死問題については、末期患者の「薬などで安楽死させてほしい」という求めに約一割の医師は応じているといわれている英国において、法案は1936年以降幾度か上程されたが、法制化は実現されなかった。⁽²⁾

1994年1月には、英国上院の「医療の倫理特別委員会」は、安楽死は合法化すべきではないという報告書を提出し、政府も同年5月それを歓迎する旨の回答を提示し、以来、英国では、自己決定による治療の中止、特に精神的無能力者の代理意思決定についての国民のコンセンサスを課題として努力を重ね、法制化への立法活動が続けられている。⁽³⁾

死の迎え方について考察する時、安楽死を疼痛除去の治療法の一つととらえる者にとっては安楽死は自然死ということもできようが、一般的には、それは不自然死として分類され、幫助された自殺とも、囑託殺人とも解釈され得る。

英国においては、不自然死の典型の一つである自殺は、コモン・ローによって重罪（felony）とされ、自殺者の不動産は没収され、死体の埋葬も不名誉な扱いを受けてきた。⁽⁵⁾しかし1961年に「自殺法（Suicide Act 1961）」の⁽⁶⁾

制定により、自殺自体は犯罪でないとされたが、自殺幫助は依然犯罪として残された。18世紀までは、医師たちは、死をできるだけ自然で人間的なものにすることを職業上の使命であると考え苦痛緩和を第一に心がけていた。当時すでに「自然死は自然権である」という主張すらあったのである。⁽⁷⁾ 18世紀末、医学の進歩に伴い、病気の不治か否かが判断できるようになり、そこで安楽死論も唱えられるようになった。むろん進歩したといっても現代ほどに苦痛を除去することはできなかったので、水面下で末期の苦痛を取り除くための安楽死が行われていたことは推察にかたくない。

現代における安楽死論争のきっかけとなったのは、1873年の「不治の病人の新治療法」⁽⁸⁾ というトウルマッハ (L.A.Tollemache) の安楽死合法化の提案であった。それはウイリアムス (S.D.Williams) が、安楽死について、それを望みながらその意思を表明できない程の重症者である場合には認められてもよいのではないかというスペクテイター (Spectator) 誌上での問題提起に応えるものであった。

そもそも英国で安楽死を最初に提唱した医師はゴッダード (Goddard) で、それは1907年の医学総会に於いてのことであったと伝えられている。⁽⁹⁾ そして安楽死合法化運動は1932年に始められるが、それに先駆けギスボーン (E.A.W.Gisborne) は、1928年刊行の随筆「裁判における民主主義 (Democracy on Trial)」の中で次のように記している。

「不治の病に苦しむ場合には、少なくとも二つの方法があるのだが、医師は継続的な安らぎをもたらすのに十分な阿片剤 (opiate) を与える権限を付与されるべきである。……この問題は決定する医師にすべてが委ねられ、⁽¹⁰⁾ 医師は患者に相談する必要はない」

また1931年にはマンチェスター大聖堂のピーター・グリーン師が一定の歯止めをかけながらではあるが同様な主張を論じている。⁽¹¹⁾

安楽死についての医学上の論争が本格化するきっかけは、1932年のイギリス保険医学会 (the Society of Medical Officers of Health) におけるミラード (Dr.C.Killic Milardo) ⁽¹²⁾ 会長の挨拶であった。そして1935年には、ミラ

ード会長を中心にした医師グループにより、「安楽死協会」が創立され、翌1936年には「任意的安楽死協会（The Voluntary Euthanasia Society 略称VES）」と改名され、現代に至っているのである。⁽¹³⁾

こうした前史をうけて「英国における死をめぐる自己決定について」の現代における展開をさらに詳説していくこととする。

1. 1961年「自殺法」について

(1) 自殺処罰の歴史的変遷

古代アテナイにおいては自殺者は権利が剥奪され、その上正式な埋葬は許されず、四肢を切断されて埋葬されたという。また古代ローマでは、ローマ最後の王といわれているタルクイウス尊大王は自殺者の死体を十字架に架け、野生の鳥獣の餌食にしておくことを命じたという。しかし、ギリシャでもローマでも、国家に申し立てて、理由が妥当とされれば、自殺は法的に許容されたという。国家が個人を自由に扱う権利を掌中にしていたのである。⁽¹⁴⁾

その後キリスト教社会が形成されると、自殺は厳禁された。

最初に自殺に反対する考えを示したのは、アウグスティヌス（St. Augustine 354-430）で、それはモーゼの十戒の第六戒「汝殺すなかれ “Thou shalt not kill.”」を冒すものとしての反対であった。⁽¹⁵⁾

452年のアーリスの宗教会議（the Council of Arles）は、単に召使の自殺を禁ずるという内容であったが、初めて自殺の禁止を打ち出していた。⁽¹⁶⁾

自殺の否認は、533年のオーランズの宗教会議（the Council of Orleans）で最初に明らかにされた。その会議は、死刑になるものにさえ聖体を授けることを教会に許していたのに、自殺者にはそれを許さなかった。これは、自殺は他のいかなる罪よりも悪であると思われたことを示している。⁽¹⁷⁾

563年のブラハの宗教会議（the Council of Braga）は、「自殺者にはいかなる追憶の祈禱も与えられてはならず、遺体は賛美歌によって送られてはならない」と決定を下した。⁽¹⁸⁾

673年のヒャフォードの宗教会議で教会法（Canon Law）は英国に継受さ

れ、967年エドガー王の教会法が自殺者に対する埋葬儀式的否定を再確認し、明確にした。

さらに1284年に至りナイムスの宗教会議 (the Synod of Nimes) は、自殺者を墓地にひそかに埋葬することさえ拒否した。⁽¹⁹⁾

その少し前であるがトーマス・アクイナス (St. Thomas Aquinas 1225?-1274) は、次の三つの理由から自殺は不法であると述べ⁽²⁰⁾ている。

1. 自殺は自然の意向に反するもの、そして、総ての人は彼自身を愛すべきであるという慈しみに反するものである。
2. 総ての人は共同体の一員である。
3. 生命は神から人に与えられたもので、自身の生命を奪う者は神に背くものとなる。

16世紀においてマルティン・ルター (Martin Luther 1483-1546) およびジョン・カルヴィン (John Calvin 1509-1564) もまた自殺に異議を唱えて⁽²¹⁾いる。

法律においても近代に至るまで自殺は処罰の対象であり、反逆行為であるとして財産没収を定めていた。英国において「大逆罪と重罪の没収を廃するため、およびそれに加えて関連法規を修正するための法⁽²²⁾ (An Act to Abolish Forfeitures for Treason and Felony, and to otherwise Amend the Law relating thereto)」にもとずき、そうした条項が廃止されたのは、1870年のことであった。

(2) 1961年「自殺法」制定へ

自殺が犯罪ではないとされたのは、1961年「自殺法」⁽²³⁾ (Suicide Act 1961) の制定による。そこではじめて1957年の「殺人法⁽²⁴⁾ (Homicide Act 1957)」の4条(1)項、(2)項から自己殺 (killing himself) の文字が削除されたのである。

1959年2月2日、フレデリック・セラーズ卿 (Frederic Sellers) を委員長とする15名からなる「刑法改正委員会」(常設) が任命され、同年11月4

日、自殺および自殺未遂について刑法改正のための内務大臣の指示が出された。⁽²⁵⁾ 同委員会は1960年 7月29日に報告書を提出し、先ず自殺に関する当時の規定を次のように要約した。

「第一に、コモンローにより自殺は自己殺ゆえ重罪（felony）であり、自殺未遂は軽罪（misdemeanour）となる。⁽²⁶⁾ そして、第二に、心中の場合は1957年『殺人法』（Homicide Act 1957）第4条により故殺（manslaughter）に減刑され得るが、他人が自殺するのを幫助し、教唆し、助言しまたは自殺に至らしめた者は謀殺で有罪となる。⁽²⁷⁾」

そして委員会は、第二の心中に関する未遂に対しては故殺未遂というような特定の罪を考慮したが、それを取りやめ、この委員会の目的である「自殺および自殺未遂をもはや犯罪ではなくする刑法改正」の適正な実行を目指して、議会弁護士（Parliamentary Counsel）により準備された法案の路線に賛同した。⁽²⁸⁾

1961年8月3日、自殺法は立法化された。ただしその第2条には「他人の自殺を幫助、教唆、助言し、または自殺に至らしめた者は、起訴され、14年以下の拘禁刑に処せられる」と規定されている。⁽²⁹⁾ ここには、もし医師が末期の患者の要請に応じて安楽死させたならば、医師は免責されないということが含まれている。

では、その後の医療の進歩とともに起こってきた安楽死、治療の中止をめぐる諸問題について、英国ではどのように考え、どのように対処しようとしているのであろうか。

2. 安楽死について

ジョージ五世（在位 1910.5.6-1936.1.20）の死に際して、その死は主治医の注射で早められた、という記事が1986年11月30日の新聞紙面を賑わした。当時、主治医のドーソン卿は「王の生命は心静かにその終焉に向かっている。」と国民に報告していたが、恥の意識や罪の意識にとらわれず、「良心的に」彼が何をしたか、そしてなぜしたかを私的に記録した。伝記作家フランシ

ス・ワトソン (Francis Watson) がこれを暴露したあと、英国医師会は、⁽³⁰⁾ 安楽死の問題を急いで機関紙に取り上げ、それを翌年の年次総会に報告した。以下にいくつかの事例を示そう。

(1) 事例に現れた安楽死

1956年12月19日、ジョン・ボドキン・アダムス博士 (John Bodkin Adams) が逮捕され、6年前のモレル夫人殺害容疑で起訴された。モレル夫人は1948年79才で脳卒中のため倒れ、下半身不随となる。アダムス博士は、多量のヘロインとモルヒネが夫人を死に至らしめることを知悉していたにもかかわらず服用させたと、謀殺で起訴されたが、陪審の評決で無罪となった。⁽³¹⁾ この事例でデヴリン裁判官は判決要旨に次のように述べている。

「彼のとった手段が偶然にも生命を数時間またはもっと長くさえ短縮したかもしれないが、医師が痛みや苦痛を取り除くことは妥当で必要なことであり、彼は痛みや苦痛を取り除くための治療を行う権限を有する。⁽³²⁾」

また、ジョン・ダグラス・カール博士 (John Douglas Carr) ⁽³³⁾ の事例で、博士は手術不能の肺癌患者ロナルド・マウソンを尊厳をもって死なせるために適量150mgのフェノバルビタールを1000mg与えて死に至らしめた。1993年の判決で陪審は無罪の評決を下したが、マルス・ジョーンズ裁判官は判決要旨で、

「患者は死ぬことを望んでいない。例え望んでいたとしても彼を殺すことは違法である。重病人であろうとも、死が近かろうとも、我々は法の下に神が許したすべての瞬間を生きる権利を与えられている。その一時間または数時間は彼の人生のもっとも貴重で重要な時間かもしれない。しなければならない仕事があるかもしれないし、贈物を貰うかもしれない、許しが請われるかもしれないし、お別れが告げられるかもしれない、為終えねばならない 101番目の為残しがあるかもしれない。」と述べ、「医師は神を演じ、生命を短縮する権限を与えられてはいない。⁽³⁴⁾」と明言した。

この二例の判例の評決は両者とも無罪であったが、判決要旨は相反するものとなっている。デヴリン裁判官は「医師は例え多少の生命の短縮を伴っても患者の苦痛を取り除くための治療を行う権限を与えられている」と述べているのに対し、ジョーズ裁判官は「医師は神を演じ生命を短縮する権限をあたえられていない」と述べている。この対蹠的な二つの見解こそ、国民のコンセンサスを得るための極となっているのである。

次に医師に有罪判決が下されたものとしてはコックス博士⁽³⁵⁾の事例がある。

ローヤル・ハンプシャー病院のリューマチ患者の担当医であったナイジェル・コックス博士は、1991年8月11日、同病院内で末期症状の70才のリューマチ患者リリアン・ボイエス夫人に、夫人の要請により、毒物である塩化カリウム液を注射した。注射後、夫人はまもなく死亡し、病院内では当初病死として扱われ、病理医師も火葬の許可を与えた。その後、薬物保管係りの看護婦が事実を知り、病院管理者に報告し、警察が捜査した結果、コックス博士を執行猶予も可能である殺人未遂で起訴した。

ボイエス夫人の二人の息子の証言によると、夫人は約二十年間、リューマチ性関節炎で何度も入院し、その度にコックス博士の世話になった。博士は献身的に治療にあたり、母子とも深く感謝していた。そして夫人の症状はヘロインも効かず、睡眠薬を投与しても無意識状態で激烈の痛みを感じていたであろう、と推測されるほどのものであった。

翌年、ウインチェスターの刑事法院で行われたコックス博士を被告とする殺人未遂事件の公判で、陪審は有罪評決を下した。裁判官は実刑を科することは公益の要請する所ではないとして拘禁刑1年執行猶予1年を宣告した。

この三例のうち前二例は多少死期は早めても苦痛を取り除き、患者の生命の質（QOL）を高める、いわゆる二重効果の間接的積極的安楽死事件であったが、コックス博士の事例は任意的積極的安楽死事件で、判決結果が別れたのはこの違いにある。

(2) 安楽死立法の動き

1936年に初めて任意的安楽死法案が上院に上程された。⁽³⁶⁾それは、全9箇条からなり、付則に安楽死許可申請書の様式を添付するもので、安楽死のための要件を定め、それが適正に実施されることを計ろうという意図であった。これは第二読会で退けられた。この法案に規定されていた要件は次のとおりである。

1. 激しい痛みを伴う不治の病にかかっている21才以上の健常者であること。
2. 付則に添付された書面様式により申請すること。
3. 申請書は各々の書式に従い、一通は患者の主治医と、特定の資格をもつ医療従事者によって署名され、本法により指名された安楽死審判員 (euthanasia referee) に予め送付されていること。

この1936年の法案は、原則的な反対論のほかに、手続きの繁雑さなどに非難が集中して否決の憂き目をみた。そこで1969年に任意的安楽死協会では、「尊厳を伴う死」か「長びかされた苦痛や苦悩を伴う死」か、そのいずれを選ぶかの選択権を、個人の「合法的で人間的な権利」としたいとして、全十条からなる法案を提出した。

そこでは第1条第1項に、「有効な申請書を作成した適格な患者に対して、医師がこの法の規定に従い安楽死を実施するのは適法とされる」と規定し、2項以下には以下の定義が示されていた。

「医師」とは、登録されている開業医であること。

「安楽死」とは、苦痛を伴わずに死をもたらすこと。

「適格な患者」とは、不治の状態で苦しんでいるという事実を、二人の医師（そのうち一方は相談相手の立場にある医師）が書面をもって証明する、成人の患者であること。

「不治の状態」とは、治療不可能であることが合理的に判断され、また堪え難い苦悩を引き起こしたり、理性的な生存を困難ならしめると予測された患者の場合に考えられる重い身体的病気または損傷であること。

「宣言」とは、本法律の付則に定められた様式にもとづいて作成された書面に、証人が署名した宣言をいう。

第2条1項に、宣言書は作成後30日を経過した後効力を生じ、撤回されなければ3年間有効とされている。そして、2項に期間満了前12か月以内に再度作成された宣言書は、撤回されなければ宣言者の終生のあいだ効力を有する、と規定されている。

本法案は1969年3月6日、上院先議の形で第一読会に提出され、第二読会に送られて3月25日に実質審議がなされたが、否決された。

3. 治療の中止について

ウエイアー（Robert F. Weir）によると、「治療の中止とは、治療の差し控えの決定または治療行動の不開始の決定、および治療の程度または度合いの減少または治療の積極的減少を意味し、さらに破棄または終了を意味する。そしてそれは延命治療のためのすべての行動を拒絶する、危篤または末期の患者（または非自発的患者の代理）の自発的意思決定を含んでいる。⁽³⁷⁾」ということである。またデーヴィッド・ラム（David Lamb）は「身体の清拭、衣料交換など基本的な看護は、中止または差し控えには含まれない。死が避けられないにもかかわらず、無益に続けられる治療の中止または差し控えは、常に『良い医療行為』の側面を持っている。そしてそれは作為だろうと不作⁽³⁸⁾だろうと『慈悲殺』であると解釈されるべきではない。」と述べている。

そこで治療の中止および差し控えについてローマ・カソリック教会はどのような見解を示しているか、また英国宗教界ではそれをどのように受け止めているかについて総括する。

(1) ローマ・カソリック教会の見解

西欧社会において、間接的安楽死は古くから容認されていた。その根拠は、医師谷田憲俊著「解説『安楽死、尊厳死、リヴィング・ウイル』」によると、「ローマ・カソリックにおいて17世紀に確立された『よい効果を得るために

は危険を犯してもいい』という二重効果の原則にあるということである。⁽³⁹⁾

1957年ローマ法王ピオ12世は御回勅の中で、

「重篤な病者に直面した時、人は、その生命を護る為必要な手段を取らねばならない。この義務は神によって定められた自愛に由来し、かつ社会の正義さらには厳密な法に依るものである。しかし人はこの義務を常に通常の方法によってのみ行う責務がある。即ち、特別な負担を彼または他の人々に負わせることのない範囲で行われなければならない。」⁽⁴⁰⁾

と述べており、ここでは通常と通常外の治療の区別が問題とされている。法王自身もここでいう「通常」とは「患者の状況、法律、時代、文化により」決定されるものであるとしている。⁽⁴¹⁾ この通常と通常外の治療については、すでに16世紀のスペインのローマ・カソリックの理論家ドミニク・パネツが「患者は通常の方法（栄養・衣服・薬）で生命が延長されるのは当然である。しかし、生命の質に分不相応な痛み、苦痛、施術をその生命のために負わされるのは道徳として強いられるものではない」としている。⁽⁴²⁾

1980年の「安楽死に関する宣言」では、「教会は末期の人または重病な人をできる限り長く、すべての可能な手段で生きさせるべきであるということとは強要しない」⁽⁴³⁾と記され、1995年3月25日のローマ法王の御回勅「生命の福音（Evangelium vitae）」でも、苦痛緩和と自然の死を迎えさせるべきである旨述べられ、その考え方は一貫している。⁽⁴⁴⁾

ではこのようなローマ・カソリック教会の考え方を英国の宗教界はどのように受け止めているのであろうか。

(2) 英国国教会主教会議ならびにイングランドおよびウェールズ・カソリック司教会議の覚書き⁽⁴⁵⁾

1993年6月29日、イングランドおよびウェールズ・カソリック司教会議のフィリップ・カーロール大司教、英国国教会主教総会のフィリップ・モウアー主教が会談し、医療の倫理特別委員会に共同の覚書きを提出し、統一見解として公表した。その見解は自由教会（Free Church）にも支持された。その

要旨は下記である。

1. 人の生命は神から賜ったものである。
2. 人の価値は年齢、性別、民族、宗教、社会的地位や業績の可能性によってかわるものではない。
3. 病気や障害をもつ弱き者は、特別な看護と保護を受ける資格がある。
4. 神から賜った生命であるという重要性和自己の生命の終結を決定する権利の主張の衝突がときとして起こることがあるが、いかなる教会も末期または重病な病人をできる限り長く、すべての手段を用いて延命させるべきであるということを強要はしない。
5. 安楽死を許容するために、法律の改正を要求する個人の自己決定権を受け入れることはできない。
6. 自己決定権は他人の自己決定に基づく行動を要求することはできない。患者は自己の生命の終結に協力するよう医師に要求することはできない。
7. 安楽死の要請が本当に任意的であるということを確認することと、鬱病または他人からのプレッシャーによるものでないということを確認することは困難である。
8. 最近の遷延性植物状態（Persistent Vegetative State 以後 PVS と称する）の患者からの人工栄養補給および水分補給中止に関する上院判決は、安楽死容認への法改正への議論に利用されるべきではない。
9. 意思の表明のできない患者の治療に関する決定は、医師、家族、看護者および他の医療従事者によってなされるべきである。
10. アドヴァンス・ディレクティブは将来の治療を決定するのに有効である。
11. ホスピス運動は、人の尊厳ある死を援助するためにキリスト教との関連のもとに発展してきた。末期の人々に身体的、情緒的および精神的支援を行うことは義務である。

「人の生命は神のもの」という前提は、英国のキリスト教会に普く行き渡っているようで、自己決定を根拠とし、延命治療の中止は許容し、積極的安楽

死には反対する見解もそこから来ている。キリスト教は生命への人工的介入に限界を置くのである。

次に判例をとおして形成された原則について述べることにする。

(3) 判例をとおして形成された原則

① 嬰兒の事例

1988年12月23日に未熟児で生まれ、重い水頭症で脳組織がひどく悪化していた嬰兒 C の事例⁽⁴⁶⁾、および1990年 5月28日にイングランドに生まれ、13週間早産で、体重は2.5ポンド (1132g)、脳に損傷を負っていて麻痺があり、目と耳に障害が予想され、自発呼吸はできなかった嬰兒 J の事例⁽⁴⁷⁾は、裁判所により後見人が選任された後、治療の中止か継続かが、「子供の最良の利益」に基づくという観点で判断が下された。

実は、この「子供の最良の利益」に基づいて判断される法理が形成されるまでには、1970年末より、多くの論議が闘わされてきたのである。

シェフィールド小児病院のジョン・ローバー (Prof. John Lorber) は次のように言う。

「1960年代に外科の進歩によって、より多くの二分脊椎児が救われ、障害児施設は満員になった。1970年には小児科医師達はその政策に疑問を持ち始めていた。1年に1500人誕生したうちおよそ70%は治療されなかった。その後、出生前診断により、二分脊椎児も減少したが、1980年にはおよそ300人以上が死ぬにまかされている。そこで症状の程度により基準を三つに分類して治療にあたっているが、治療されるべきか否かの基準を法的に作成すべきである。」⁽⁴⁸⁾

また刑法学者グランヴィル・ウリアムズ (Glanville Williams) は言う。「一般原則としては乳児の生命を救うために道理に適った処置をしなければならないが、しかし裁判所は子供の『最良の利益』を考慮して行動すべきである。多くの意見のある問題の時には、刑法はその手を止めるべきであり、良心の決定が優先されるべきである。」⁽⁴⁹⁾

医療の進歩により問題が出始めてから現在に至るまで、30年の間に多くの議論がなされ、その結果として形成されてきた判断が「子供の最良の利益」と言えよう。

②成人の健常者の場合

1992年7月4日、自動車事故で病院に収容されたT嬢（妊娠34週）は、その翌日陣痛にみまわれ、帝王切開が行われるとの決定がなされた。T嬢はエホバの証人の信者ではなかったが、信者である母親の影響を受け、輸血に対する同意を拒否した事例⁽⁵⁰⁾で、記録長官（Master of the Rolles）ドナルドソン卿は次のように述べている。

「精神的に無能力でない成人の患者は治療に同意するか、拒否するかまたは申し出られた治療のうちの一つを選ぶかの絶対的な権利を持っている。⁽⁵¹⁾」

また、Re Cの事例⁽⁵²⁾で、慢性偏執病早発性痴呆症でブロードムーア病院（Broadmoor Hospital）に通院していた男性患者C氏は足が壊疽なので、医師が膝から下を切断することを提案した。患者Cは手術に同意することを拒否した。病院側は手術を受けないならば彼は将来無能力になる可能性があるので、患者Cを引き受けることを拒絶した。しかしながら、高等法院（High Court）は、C氏は提案された治療に関して意思決定できる能力者であるので、彼の切断の拒絶はドナルドソン卿の基準に適うものであり、そしてC氏の決定は彼がたとえ無能力者になろうとも効力あるものであると裁決を下した。

成人の健常者に関しては、患者の自己決定権が最優先され、無能力になったとしても事前の意思表示があった場合にはそれを優先するというのである。

③成人の無能力者の場合

精神的障害者であるFが、男性入院患者と性的関係を持ち妊娠し、Fの最良の利益を考え、手術を行うに際しての同意に関して訴えが提起されたF事件⁽⁵³⁾で「患者が同意能力のない場合、医師が患者の最良の利益となるように行った処置は合法であり、また医師はそのような治療を行う義務を負う」と

いう判断が下された。

また、PVSの患者については、トニー・ブランドが入院していたエアロデール・ジェネラル病院を管轄するエアロデール国民医療サービスが、将来の医療看護と処置についての回答を得るためにトニー・ブランドを原告にし⁽⁵⁴⁾て高等法院家事部に治療の中止を求める訴えを提起した事例では、高等法院家事部、控訴院を経て、上院の5人の裁判官は全員一致で訴えを棄却し、ブランドに対する医的処置は無益で、患者の最良の利益に合致しないと、治療の中止を許容した。

グランヴィル・ウィリアムズは、医師が生命維持装置のスイッチを切るとは生命維持治療を最初に開始しなかったのと同じことであり、不作為であり、このような不作為は医師による義務違反ではない。なぜなら、医師は望みのない場合にはその治療を継続する義務を負わないからである⁽⁵⁵⁾と指摘している。

しかし、重度の先天性脳奇形で脳性まひの23才のR氏は、PVSではないが、家族と彼の医療チームは、次にR氏の生命が脅かされるような状態に陥った場合には蘇生させないことが患者の利益にかなうという合意に達していたのだが、外部団体の「障害者法律サービス (the Disability Law Service)⁽⁵⁶⁾」が裁判所に提訴した事例で、裁判所は人工栄養および水分補給は治療と異なる範疇であると胃造瘻術を施すことがR氏の最良の利益であるとした。この判決に対して医師の間から最良の利益の定義づけを求める声も上がっている。

(4) 行政および司法の見解

①上院、医療の倫理特別委員会は国民に意見を公募した結果を1994年1月⁽⁵⁷⁾報告書として公表した。その概略は下記である。

1. 安楽死を否定し、自己決定による治療の中止は許容する。
2. パリアティヴ・ケアの推進をはかる。
3. 自殺幇助罪の改正は提言しない。

4. アドヴァンス・ディレクティブは推奨するが立法化は計らず、実施綱領の作成を提言する。

5. 無能力者の代理意思決定の制度の拡大は好まない。

6. 無能力者の治療の中止については権限をもつ司法委員会（Judicial Forum）の創設を提言する。

政府も同年5月報告書を歓迎する旨公表した。⁽⁵⁸⁾

上院委員会の見解も政府の見解も、健常者の治療に対する同意の拒絶を個人の権利として認めているものであり、またそれはコモン・ロー上の権利でもある。問題となるのは無能力者の場合である。ブランドの事例で紹介したが、判例は、確立された医の慣行を考慮して、患者の最良の利益と照らし合わせる、として治療の中止を認めている。

②法律委員会（Law Commision）の見解

成人無能力者と意思決定患者が同意能力のない場合の医的処置に関して、1989年の前述のF事件が引き金となり、世論が法制化に注目し、1991年4月に法律委員会は「成人精神的無能力者の意思決定：概観」の諮問書（Consultation Paper）No.119を公表した。⁽⁵⁹⁾ その目的は法改正のために必要な範囲と困難で広範囲に渡る領域における最も実践的方法を探るためであった。スコットランドでも同様な試みが同年9月に行われた。

1993年2月に、諮問書No.128「成人精神的無能力者の意思決定：新管轄権」が公表された。これは持続的代理権（Enduring Power of Attorney）の見解を拡大することにより、個人の福祉の問題をそこに包含させるよう、⁽⁶⁰⁾ 民事法の改正を提言したものである。

そして、より高度で詳細な法改正のための提言を期待しての諮問書No.129「成人精神的無能力者の意思決定：医療と研究」が1993年3月に公表された。⁽⁶¹⁾ つづいて5月14日に、最後の諮問書No.130「精神的無能力および他の障害のある成人、公法によるその保護」が公表された。これは弱い立場の成人を保護することを目的としたものである。これら4つの諮問書を集大成した60条からなる「精神的無能力者法案（Mental Incapacity Bill）」の草⁽⁶²⁾

案は公表されたが、未だ立法化には至っていない。

(5) 英国医師会の見解

英国医師会は、1992年9月にPVSの治療の中止または差し控えのためのディスカッション・ペーパーを公表して意見を公募し、その後、下記に示すガイドラインを公表した。⁽⁶³⁾
⁽⁶⁴⁾

1. 少なくとも6か月の間は治療にあらゆる努力を尽くすこと。
2. PVS診断後も12か月は治療の中止はしないこと。
3. 担当医以外の二人の他の医師の診断を仰ぐこと。
4. 医師は患者自身の見解や価値観を知ることができたら、それを考慮すべきである。患者の意思を表明する文書は、不明確なままの延命がされるか、または治療の中止をしない一年という期間を短縮できるかを、明確にすることができる。
5. 患者の直近の者の意見は重みを持つが、それだけで決定してはならない。
6. 延命治療中止の決定は、診断や予見について患者をケアするチーム（Health Team）の中に異議を唱えるものがいたら延期すること。
7. 医療専門家の中で、患者の治療中止または差し控えについて良心的異議を唱える者は、他の部署に移ることができる。場合によっては、患者が移動することも有り得る。
8. 法律的立場は、イングランドとウェールズにおいてはブランドの事件で明らかにされたように延命治療が一定の要件のもとに中止されることが受け入れられるか否かは裁判所が確認すること。
9. 人工栄養および水分補給停止については裁判所の判断を仰ぐこと。
⁽⁶⁵⁾ 実務覚書き（Practice Note）に記された公務弁護士（Official Solicitor）から助言を受けることができる。

1998年7月、英国医師会は同年10月16日締切りで精神的無能力者の治療の

中止についての意見公募をおこなった。結果の公表が待たれていたが、BMA のメディア向け発表によると1999年 6 月23日に「延命治療の中止及び差し控えについて」のガイドラインが公表されたとのことである。

4. 結びにかえて一若干の考察

英国における前述の安楽死の事例のうち、積極的安楽死に関しては有罪判決が下されており、日本においても1950年の東京地裁の尊属殺被告事件以来7件のいわゆる安楽死事件に関しては、すべて執行猶予がついたものの有罪となっている。現在問題となっている安楽死は自発的積極的安楽死であり、その安楽死の認識については次の A. B. 各4項目をめぐるものとなる。

- A. 死を希求する側にあって、安楽死は、
1. 自然の死の一類型であるか、
 2. 選択した医療行為の1つであるか、
 3. 幫助された自殺であるか、
 4. 囑託によりもたらされた他自殺であるか、
- B. 死に至らしめる側にとって安楽死は、
1. 自然の死の一類型であるか、
 2. 求められた医療行為であるか、
 3. 自殺幫助であるか、
 4. 囑託殺人であるか。

1. について、いわゆる尊厳死は、延命治療を中止して自然の死を迎えさせるということで、自然死の一類型と見なせるが、安楽死は自然の死ということとはできない。

安楽死に関する学説は、①違法性が阻却される。②違法性は阻却されないが、責任阻却ないしは責任の軽減がある。③自己決定による同意が一定要件のもとに社会的相当性を有するものとして違法性が阻却される、の三つに大別することができるが、いずれも安楽死を自然の死とは位置づけていないの

である。

2. について、現在のように疼痛緩和医療が発達していなかった時代には、医療行為の一つであると言うこともできたが、癌の苦痛でさえ90%は取り除くことが可能となった現在に至っては医療行為の一つとは言えまい。しかし、英国における前に述べたコックス博士の事例のような場合には判決は有罪としたが、医療行為という余地も残されている。

3. について、最近アメリカでは、安楽死という言葉を用いるのを好まないようで、医師に幫助された自殺という言い方をしている。オレゴン州の尊厳死法によると、医師は薬剤を処方するに留まるので、医師による自殺幫助ということができよう。しかし、アメリカの多くの州、日本および英国では自殺幫助を犯罪としている。日本の刑法202条前段は「教唆または幫助して自殺させること」としているが、「教唆して自殺させ」とは自殺の決意を有しない者に自殺の決意をさせ、自殺させることであり、また「幫助して自殺させ」とは、すでに自殺の決意をしている者に対して、自殺の方法を指示したり、器具を与えたりして自殺行為に援助を与え、自殺させることであり、⁽⁶⁶⁾構成要件が異なってくる。

4. について、安楽死に自殺の要素が含まれていることは認めつつも、「人をその囑託を受け、若しくは承諾を得て殺した者は…」という日本の刑法202条後段に規定された囑託殺人と位置づけるのが妥当であろう。ただし囑託と承諾とは同一の範疇には入れることはできない。なお日本の刑法202条は自殺幫助または教唆ならびに囑託または同意殺人に6月以上7年以下の懲役または禁錮という、殺人罪の死刑または無期もしくは3年以上の懲役よりもはるかに軽い法定刑を定めている。

その違法性を阻却させるための要件は昭和37年（1962年）の名古屋高裁判決⁽⁶⁷⁾、および平成7年（1995年）の横浜地裁判決⁽⁶⁸⁾が公表しているが、違法性の阻却のためには、それぞれ6要件・4要件を厳しく求めている。

英国では、前述の自殺法が1961年に制定されて以来、自殺は合法となった。一方、自殺幫助（abating suicide）には14年以下の自由刑という厳罰が規

定されているが、実際には平均して年に1件か2件が起訴され、ほとんど執行猶予が宣告されている。合法である自殺を幫助して有罪になるのは矛盾しているということであろう。また末期患者の自殺幫助に関しグランヴィル・ウィリアムズは、『刑法の教科書 (Textbook of Criminal Law)⁽⁶⁹⁾』で、法がなぜそれを妨害するのかと疑問を投げかけている。さらに彼は、同意殺人 (consent-killing)⁽⁷⁰⁾ は殺人となるだろうと、次のように指摘している。

「医師が末期の患者の死を早める為に、患者の同意に基づいて毒物を注射すると殺人となるが、患者の横に毒薬を置き、患者がそれを飲んだ場合には、患者が自殺をして、その医師は自殺幫助をしたことになり、1961年制定の自殺法により、医師は自殺幫助罪となる」

安楽死に関するこれらの考察を通して、日本とは法体系の異なる英国のコモン・ローに多くの共通点を見出すのである。

現在癌患者の苦痛の90% (VESによると95%) は取り除けると前に述べたが、考え方によっては、それは取り除くことができない10% (または5%) の苦痛が存在することを意味しており、救済の必要を無視することはできない。そうした観点から、以下のすべての要件を満たす場合、他に適法行為の期待可能性がなく、責任阻却されると考えるべきである。

1. 不治の病に侵され、堪え難い肉体的苦痛がある。
2. 死期が迫っている。
3. 他に苦痛除去の方法がない。
4. 本人の真摯な囑託による。

先述のコックス博士の場合のように、鎮痛剤もきかず、睡眠薬で眠っていても苦痛を感じ、本人の強い要請がある、というような限られた場合の責任阻却は当然と考えられる。

治療の中止に関する筆者の見解は次の通りである。

その基本態度は健常者による治療の中止および差し控えは、治療方法の選択の問題として、本人の自己決定権により、許容されるというところにある。

また精神的無能力者の代理意思決定については、意思決定能力に欠けるためにただ延命のみの苦痛を負わなければならないというのは公平ではない。自然な死を迎え入れる選択の自由は誰にもあるはずである。代理意思決定には自己決定の概念とは相入れない側面があるが、英国にみられるように次の要件を伴うことで代理意思による治療の中止は現実の容認を得るものとされよう。

1. 回復の可能性がなく死が避けられないこと。
2. チーム（またはホーム・ドクター）以外のセカンド・オピニオンたる医師の診断を仰ぐこと。
3. 本人の意思を推定するに足る家族が本人の意思にかわる意思表示をすること。本人の意思推定不可能な場合には、直近の家族の代理意思も尊重すること。
4. 人工的な延命と本人の苦痛を比較し、本人にとっての利益不利益を考量すること。
5. 審査機関として、英国法律委員会が提案し、「医療の倫理特別委員会」も支持している「司法委員会（Judicial Forum）」を設立すること。
6. 人工栄養補給および水分補給に関しては原則として人工呼吸器と同様に考えるが、司法委員会の判断にゆだねること。

安楽死に関しては、前述のように英国と日本に共通点を見出だすが、治療の中止に関する問題点についてはむしろ相違点が際立つ。下記はその簡単な対称表である。

	英国	日本
1. 患者の同意	1767年の判決以来の積み重ね	1994年日本学術会議「死と医療特別委員会」の中間報告 横浜地裁判決
2. 治療の中止	本人の自己決定（判例）	横浜地裁判決

		死の迎え方の選択権 家族の意思による本人 の意思の推定の許容
3. PVS患者の 治療の中止	判例 BMAのガイドライン	判例はない ガイドラインはない
4. 医師会	脱退すると 医療行為ができない	加入していなくても 医療行為を行える
5. 無能力者の 代理意思決定	法制化に向けて 国民の意見公募	法制化の動きはない

英国と日本の相違は基本的には自己決定権にかかわる考え方の相違にある。日本の学説の中には、自己決定権による同意が違法性を阻却するという考え方もあるが、安楽死は他人に自己の殺害という行為を囑託するので、自己決定権だけでは解決できない。自己決定に基づく真摯な囑託によるという項目を含む前述の要件が重みをもつのである。

英国においては、判例が積み重ねられて法準則が構築され、国民に意見を公募し、立法または行政機関がそれを分析し国民に報告する。その上で法案を作り議会が審議するという段階を踏んでいる。現在、英国大法官省の意見公募の解析も進んでいることと思われる。

インターネットを用いて自殺のための薬物宅配という事件も報道されている昨今、日本においても死の迎え方の選択についての議論の深まることを期待すること切である。

(1) The Lord Chancellor's Department, WHO DECIDES? :Making Decision on Behalf of Mentally Incapacitated Adults, Dec.1997.

(2) British Medical Journal, 1994.5.21.

尾関 章, 朝日新聞 (夕刊), 1994.5.21, 4 版, p.14.

(3) Report of the Select Committee on Medical Ethics, HL Paper 21-1 [H.L.] Session 1993-1994, HMSO, 1994.

(4) Government Response to the Report of the Select Committee on Medical

Ethics, Cmd No.2553, May 1994, HMSO.

- (5) 田中英夫,『英米法辞典』,東大出版会,1991.
- (6) The Suicide Act, 1961, 9 & 10 Eliz.2, c.60.
- (7) 阿南成一,『安楽死』,弘文堂,1977年, p.43.
- (8) Lionel A. Tollemache, The New Cure for Incurables, FORTNIGHTLY REVIEW, Vol.13, 1873, 尚, 宮野彬『安楽死から尊厳死へ』, 弘文堂, 1983年, p.21 にも詳しい。
- (9) 阿南成一, 前注 7.p.44.
- (10) Glanville Williams, THE SANCTITY OF LIFE AND THE CRIMINAL LAW, Faber & Faber Ltd., 1958, p.294.
- (11) Ibid. (一部省略)
- (12) 阿南成一, 前注 6, p.45.
- (13) The Voluntary Euthanasia Society, THE LAST RIGHTS, VES, 1996, p.1.
- (14) 宮島 喬,『デュルケム 自殺論』, 有斐閣, 1979年, p.159.
尚, Glanville Williams 前注10. によると, 古代ギリシャでは自殺は厳禁されていたが (p.226) 古代ローマにおいては, 財産相続にかかわる不正に関連する自殺および兵士の自殺を除いて, 自殺を禁止する立法は なされていなかった (p.229)。また, 篠田暢之,「古代ギリシャにおける安楽死について」, 日本ホスピス在宅ケア研究会編,『安楽死 尊厳死 リヴィング・ウイル』, 岐阜新聞社, 1998年, p. 107 によると, 古代ギリシャにおいては, 自殺=安楽死と考えられ許容されていたという説もある。山田卓生,『私事と自己決定』, 日本評論社, 1987年, pp.309-314 も参照されたい。
- (15) COMPASSION IN DYING, 79 F.3d 790, 1996 WL94848 (9 th Cir.Wash) , Thomas J. Marzen, et al., Suicide: A Constitutional Right?, 24 Duq.L.Rev.1,27 (1985).
- (16) Glanville Williams, op.cit. supra note 10, at 231.
- (17) Ibid.
- (18) Id. at 232.
- (19) Ibid.
- (20) Marzen, supra note 16, at 29.
- (21) Ibid.
- (22) An Act to Abolish Forfeitures for Treason and Felony, and to otherwise Amend the Law relating thereto, 4 th July 1870, 33 & 34 Vict. c.23.
- (23) Suicide Act, 1961, 9 & 10 Eliz.2, c.60.
- (24) Homicide Act, 1957, 5 & 6 Eliz.2, c.11.
- (25) Criminal Law Revision Committee, Second Report (Suicide), Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty, (Oct.1960) HMSO.27. 重罪 (felony), 軽罪 (misdemeanour) の区別は Criminal Law Act 1967により廃止された。

- (26) Criminal Law Revision Committee, *op.cit.supra* note 26 at 3.
- (27) *Ibid.*
- (28) *Ibid.*
- (29) Suicide Act, 1961, 9 & 10 Eliz.2, § 2 (1) .
- (30) Sunday Times, 1986.11.30, p.1.
- (31) Henry Palmer, Dr.Adams' Trial for Murder, *Crim.L.Rep.* 365 1957.
- (32) *Id.* at 375.
- (33) The Sunday Times, 1986.11.1, p.1.
- (34) *Ibid.*
- (35) Re Dr.Cox, [1993] 2 All E.R.p.19. 尚, 渡辺保夫, 「安楽死と陪審裁判」上, 下, 『法学セミナー』458号, 1993年, p.16, 同459号, 1993年, p.16. にも詳しい。
- (36) Voluntary Euthanasia (Legalisation) [H.L.] Bill, 1936.11.4.HMSO.
- (37) R.F.Weir, Ethical and Legal Limits to the Medical Prolongation of Life, ABATING TREATMENT WITH CRITICALLY ILL PATIENTS, Oxford U.P., 1990, p.10.
- (38) David Lamb, Therapy Abatement and Euthanasia, THERAPY ABATEMENT AUTONOMY AND FUTILITY, Avebury, 1995, p.19.
- (39) 谷田憲俊, 「解説『安楽死, 尊厳死, リビング・ウィル』, 日本ホスピス在宅ケア研究会編, 『安楽死尊厳死リビングウィル』, 岐阜新聞社, 1998年, p.23.
- (40) 49 Acta Apostolicae Sedis 1027 in J.K.Mason & R.A.MacCallSmith, LAW AND MEDICAL ETHICS, 塚本泰司訳『法と医の倫理』勁草書房, 1989年, p.249.
- (41) *Ibid.*
- (42) 谷田憲俊, 前注39, p.24.
- (43) Declaration on Euthanasia, Sacred Congregation of the Doctrine of the Faith, 1980, in President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Behavioral Research, DECIDING TO FOREGO LIFE-SUSTAINING TREATMENT, 1983, p.301.
- (44) John Paul II, L'OSSERATORE ROMANO, EVANGELIUM VITAE, Encyclical Letter of His Holiness Pope, Weekly Ed., 5 April 1995.
- (45) Select Committee on Medical Ethics, Vol. III Written Evidence, HL Paper 21-III, HL Session 1993-1994, Jan.1994, pp.113-115.
- (46) Re C (A Minor), [1989] 2 All E.R. 782 (CA) .
- (47) Re J (A Minor), [1990] 3 All E.R. 930; [1991] Fam.33 (CA) .
- (48) The Time, 1981.8.13.
- (49) Glanville Williams, Life of a child, Correspondence, The Time, 1981.8.13.
- (50) Re T [1992] 4 All E.R. 649.
- (51) *Id.* at 650.
- (52) Re C (Adult: refusal of treatment) [1994] 1 FLR 31.
- (53) F. v. West Berkshire Health Authority [1989], 2 All E.R.545.

- (54) Airedale NHS Trust v. Bland, [1993] 1 All E.R. 821.
尚, 本件に関しては, 三木妙子「イギリスの植物状態患者トニー・ブランド事件」,
『ジュリスト』1061号, 1995年, p.50 も参照されたい。
- (55) Id. at 822.
- (56) Re R [1996] 2 FLR. 99.
- (57) Select Committee on Medical Ethics, *supra* note 3.
尚, 原資料が incompetent を用いている場合には無能力者と訳した。
- (58) Government Response, *supra* note 4
- (59) The Law Commission, Consultation Paper No.129. Mentally Incapacitated Adults and Decision-Making Medical Treatment and Research, HMSO 1993 p.1.
- (60.) Ibid.
- (61) The Law Commission, Mental Incapacity, Item 9 of the Fourth Programme of Law Reform : Mentally Incapacitated Adults, Law Com No. 231, 1995 2,28, p.4. を参照。
- (62) Mental Incapacity Bill, § 55, id. at 251.
- (63) Medical Ethics Committee of the BMA, For Consultation, Discussion Paper on Treatment of Patients in Persistent Vegetative State, Sep.1992 Medical Ethics
- (64) BMA, Guidelines on Treatment Decisions for PVS, Rev. June 19,1996.
- (65) Practice Note on PVS, [1994] 2 All E.R. 413.
- (66) 大塚仁,『刑法概説』(各論), 有斐閣, 1992年, p.20.
- (67) 尊属殺被告事件, 名古屋高裁, (ウ) 第496号, 昭和37.12.22. 高等裁判所刑事判例集第15巻9号。
- (68) 殺人被告事件, 横浜地裁, 平成4年(ワ) 第1172号, 平成7.3.28.
- (69) Glanville Williams, TEXTBOOK OF CRIMINAL LAW, Stevens & Sons, 1978, pp.530-531.
- (70) Id.at 531-532.
- (71) 朝日新聞(夕刊), 1998.12.26.
尚, 本論説は, 拙著『死をめぐる自己決定について—比較法的視座からの考察—』, 批評社, 1997年の出版後の新資料に基づき, 第三章「末期医療に関する比較法的考察」第四節「イギリスにおける変遷—安楽死と治療の中止—」を追跡し, 加筆したものである。また本論説の「3. 治療の中止について」は, 拙著「英国における治療の中止と差し控について」(『生命倫理』通巻10号 p.125—131, 1999年9月) を引用し, 加筆した。あわせて参照されたい。